7.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU RECTUM

PAR LE DOCTEUR CHAPUT

Je voudrais, dans ce travail, étudier mes observations personnelles du cancer du rectum. Je laisserai d'abord de côté tous mes cas traités palliativement par l'anus artificiel et je me restreindrai aux seuls cas traités par les méthodes radicales.

Mes observations sont au nombre de 10 ; je les classerai en trois catégories :

1° Cas opérés par la voie ano-périnéale ;

2° Opérations par la voie sacrée ;

3° Opérations des cancers très élevés par la voie abdominale et par la voie vaginale.

I. — *Opérations par la voie ano-périnéale.*

J'ai opéré deux fois par la voie ano-périnéale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 67 ans, atteinte d'un cancer de l'orifice anal, se prolongeant sur une hauteur de 3 centimètres sur la paroi gauche du rectum.

Je fis une incision circulaire autour de l'anus ; je disséquai le rectum sur une hauteur de 5 centimètres environ et je sectionnai au-dessus du néoplasme. Pour éviter le prolapsus ultérieur du rectum, je fis subir au bout supérieur une rotation d'un tour complet, à la façon de Gersuny, et je le suturai ainsi tordu à la peau. L'orifice anal me paraissant très large, j'abrasai la muqueuse en arrière avec la curette, et je rétrécis l'orifice par trois sutures complémentaires. Guérison parfaite. La malade opérée le 2 août

1894 a été revue par moi en mai 1896 ; elle est sans récidive, elle n'a ni prolapsus ni rétrécissement de l'anus, elle se plaint seulement d'une incontinence pour les matières liquides, incontinence qui ne s'explique que trop facilement par la destruction de l'appareil sphinctérien de l'anus.

Dans mon second cas, c'était une femme de 59 ans, atteinte d'un cancer de la paroi antérieure du rectum, envahissant la cloison recto-vaginale et laissant libres les parois rectales droite et postérieure.

Je fis une incision en U, ouverte en arrière au niveau de la région saine de l'anus et du rectum. En avant, la convexité de l'U passait à peu près à la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure ; j'enlevai tous les tissus malades à coups de ciseau, puis je reconstituai le périnée par des sutures superficielles et profondes et je suturai le bord antérieur de l'orifice rectal à mon nouveau périnée. La malade guérit de son opération, mais les sutures trop tendues coupèrent les tissus et il se forma un vaste cloaque qui cicatrisa par bourgeonnement. Je n'ai pu l'examiner ultérieurement; j'ai seulement appris qu'elle était morte en mars 1896.

II. — *Opérations par la méthode de Kraske.*

J'ai fait 5 opérations de ce genre.

Dans deux cas, l'anus a été conservé ; dans les quatre autres, il a été enlevé avec le rectum.

Dans l'observation III, il s'agit d'un homme de 50 ans, atteint d'un cancer siégeant à 4 centimètres de l'anus ; la tumeur est mobile, en battant de cloche, elle n'adhère pas aux parois pelviennes, on ne peut, avec le doigt, en atteindre les limites supérieures. Le 25 juillet 1894, j'incise la région sacrée sur la ligne médiane, je résèque le coccyx et la pointe du sacrum ; je sectionne le rectum au-dessous de la tumeur, puis au-dessus, supprimant ainsi un segment de rectum de 10 centimètres. En raison de l'épaisseur des parois rectales doublées d'une épaisse couche de graisse, je considère la méthode de Murphy comme contre-indiquée et je fais une suture circulaire à deux étages (un étage muco-muqueux et un autre musculo-musculeux). La partie inférieure de la plaie est suturée, la partie supérieure est bourrée au diiodoforme.

Il se forma au bout de quelques jours une petite fistule stercorale qui guérit spontanément en quelques semaines. Au bout de ce temps, on pouvait constater la présence d'une bride en croissant, siégeant sur la paroi antérieure du rectum qu'elle rétrécissait légèrement.

J'ai revu cet homme le 23 avril 1896 ; son état général est excellent, il va à la selle tous les jours, le bol fécal est du volume du pouce et un peu aplati.

Au toucher, on ne constate plus la bride en croissant sur la paroi antérieure du rectum, mais la prostate est élargie et empâtée et il existe, en outre, dans la fosse ischio-rectale droite une masse dure du volume d'une moitié de mandarine, probablement de nature néoplasique. Quoi qu'il en soit, cette longue survie avec un état général et local parfait est intéressante à signaler et justifie largement l'intervention.

Le malade de l'observation IV était âgé de 60 ans ; il avait un cancer élevé, difficilement accessible au doigt et peu mobile. Le 29 août 1894, je fis d'abord l'anus iliaque, puis immédiatement après, l'opération de Kraske. Le bout supérieur, trop court, fut suturé à la peau et la plaie laissée ouverte et bourrée à l'iodoforme. Malheureusement le malade, anesthésié à l'éther, fut pris presque immédiatement d'une broncho-pneumonie avec dyspnée effrayante à laquelle il succomba rapidement. C'était d'ailleurs un vieux catarrheux, s'enrhumant facilement. Je tiens à spécifier que ce malade est mort des suites de l'éthérisation et non pas de l'opération elle-même.

Dans quatre cas, j'ai combiné l'ablation de l'anus avec l'opération de Kraske.

Je passe rapidement sur l'observation V, dans laquelle il s'agissait d'un énorme cancer bas situé, s'étendant jusqu'aux parois pelviennes et pour lequel j'aurais mieux fait de m'abstenir. Je lui fis d'abord un anus iliaque par le procédé des pinces, puis, quelques jours après, l'ablation du rectum par la méthode ano-sacrée. Au cours de l'ablation très pénible du rectum, l'uretère droit fut arraché ; le malade mourut rapidement.

La malade de l'observation VI guérit facilement de son opération, mais mourut trois mois après de généralisation. C'était une femme de 34 ans, à laquelle j'enlevai le rectum par la méthode ano-sacrée. C'est dans ce cas que je remarquai pour la première fois que si l'écoulement sanguin immédiat était considérable, il devenait nul lorsqu'à la fin de l'opération on enlevait les pinces.

Le bout supérieur fut suturé à la peau et la plaie bourrée à l'iodoforme. La plaie, infectée par les matières, suppura abondamment ; la malade guérit cependant assez facilement ; trois mois après, elle mourait, et on trouvait des masses métastatiques dans le maxillaire inférieur et dans le péritoine.

La malade de l'observation VII était âgée de 44 ans ; elle présentait un cancer ano-rectal remontant à 6 ou 7 centimètres de l'anus.

Je fis, le 10 août 1894, l'incision ano-sacrée avec résection du seul coccyx. J'enlevai l'anus avec 10 centimètres du rectum. Le bout supérieur, trop court pour exécuter la manœuvre de Gersuny, fut simplement fixé à la peau et la plaie largement bourrée. J'ai revu cette malade le 28 avril 1896 ; sa santé est très bonne et il n'y a pas trace de récidive ; elle présente seulement un prolapsus rectal et vaginal qui la gêne, mais dont elle n'a pas voulu se laisser opérer. Elle est, en outre, atteinte de troubles mentaux avec mélancolie.

Cette longue survie sans récidive est déjà intéressante, elle l'est encore plus chez le malade de l'observation VIII qui, âgé de 59 ans, était atteint d'un cancer ano-rectal remontant en arrière jusqu'à la limite du doigt. La tumeur était à ce point volumineuse et végétante qu'un de nos collègues refusa de l'opérer. Le 19 mai 1891, je fis la résection du rectum par l'incision ano-sacrée, avec résection du coccyx et de la pointe du sacrum. J'enlevai 8 centimètres du rectum, je suturai le bout supérieur à la partie moyenne de la plaie cutanée et toute la cavité fut bourrée à l'iodoforme.

Cet homme, opéré depuis cinq ans, est encore en parfaite santé et exempt de toute récidive ; je l'ai revu en mai 1896 à Bicêtre où il est pensionnaire. Il présente un énorme prolapsus du rectum qu'il maintient dans un sac de caoutchouc. Il est content de son sort et refuse toute intervention contre son prolapsus.

III. — *Opérations pour des cancers de l'anse oméga par la voie abdominale et par la voie vaginale.*

Dans mes deux observations de cancers de l'S iliaque, j'ai commis la même erreur de diagnostic en croyant à des tumeurs inflammatoires des trompes.

Dans l'observation IX, la malade présentait les signes rationnels d'une salpingite double avec deux tumeurs latérales pelviennes.

Je fis la laparotomie médiane le 30 juillet 1891 ; je trouvai des trompes peu altérées et un carcinome de l'S iliaque. Après résection de la tumeur, les deux bouts, de couleur noirâtre et d'ailleurs trop courts pour une suture circulaire, furent suturés à la peau en anus contre nature. La malade guérit de cette intervention ; elle mourut le 24 décembre 1891 à la suite d'une intervention dirigée contre son anus artificiel.

Dans l'observation X, la malade, âgée de 36 ans, avait été opérée en juillet 1895 par M. Bazy qui lui avait fait une hystérectomie vaginale pour salpingite.

Elle revint me consulter en mars 1896 avec une tumeur volumi-

neuse et douloureuse, siégeant derrière la paroi vaginale postérieure. Je supposai qu'il s'agissait d'une poussée inflammatoire dans des annexes laissées en place. Le 16 mars 1896, j'incise le fond du vagin et j'attire avec une pince érigne une énorme tumeur que je reconnais être constituée par un cancer de l'S iliaque. Je résèque cette tumeur et je renonce à suturer les deux bouts, parce qu'ils viennent difficilement à la vulve. Je les maintiens donc en dehors avec des pinces hémostatiques.

Le 28 mars, j'établis d'abord un anus iliaque en un temps, puis je fais une incision sacrée en Y, je vais à la recherche des deux bouts pour les suturer circulairement; malheureusement, je trouve les parois intestinales épaissies et friables et le calibre de ces bouts est très rétréci. Je renonce à la suture circulaire et j'abandonne les deux bouts dans la plaie, après les avoir liés avec une lanière iodoformée. La plaie sacrée est bourrée d'iodoforme.

Au bout de quelques jours les matières passèrent par le vagin en même temps que par l'anus iliaque. Le 10 mai, je cautérisai le bout supérieur ouvert dans le vagin avec de la potasse caustique.

Le *21 mai*, la malade succomba à une diarrhée cholériforme. A l'autopsie on trouva un cloaque où s'ouvraient les deux bouts.

IV. — *Mortalité. Résultats éloignés.*

En résumé, sur 10 cas d'ablation du rectum, nous comptons 2 morts immédiates et 8 guérisons.

Dans l'observation IV, la mort a été causée par une bronchopneumonie consécutive à l'éthérisation ; on peut donc éliminer ce cas comme non probant. Dans l'observation V, j'ai eu le tort d'opérer un malade à peu près inopérable, chez lequel l'uretère droit fut arraché.

En résumé, en limitant l'opération aux cas opérables, nous aurions eu une mortalité nulle.

Les deux cas de mort ont été observés dans les opérations de Kraske qui sont au nombre de 6. Il n'y a pas eu de mort immédiate dans les opérations par la voie ano-périnéale ni dans les cancers de l'S iliaque.

Voyons maintenant les suites éloignées au point de vue de la récidive de la guérison définitive et des troubles fonctionnels.

Sur les 8 cas qui ont survécu à l'opération, nous devons en éliminer deux qui ne sont pas démonstratifs au point de vue de la récidive : ce sont les cas n° 9 et n° 10. Dans le premier cas, la malade opérée pour un cancer de l'S iliaque a succombé à une opération ultérieure destinée à fermer l'anus contre nature.

Dans le second cas (obs. X, cancer de l'S iliaque réséqué par le vagin), la malade est morte de diarrhée cholériforme.

Il nous reste donc 6 cas dont 3 ont récidivé plus ou moins rapidement. Dans l'observation VI, la malade est morte en moins de trois mois de généralisation. Dans l'observation II, la malade, opérée en avril 1894, est morte en mars 1896 d'une récidive probable. Ici, la survie est appréciable. Je remarque en passant que ce cancer de la cloison recto-vaginale était très étendu et à peine opérable.

Enfin, dans l'observation III, le malade opéré le 25 juillet 1894 présentait en mai 1896, une masse néoplasique volumineuse dans la fosse ischio-rectale ; cependant, l'état général était excellent et la défécation facile et régulière. En somme, survie relativement considérable avec excellente santé et absence de douleurs. A supposer même que tous les malades opérés dussent récidiver dans les mêmes conditions, l'opération n'en resterait pas moins indiquée parce qu'elle fournit plusieurs années de santé physique et morale parfaite. En outre, il faut encore remarquer que nombre de malades pourraient être réopérés avec succès.

Aux trois récidives que nous venons de noter, nous opposerons trois guérisons sans récidive. La malade de l'observation VII, opérée le 10 août 1894, est sans récidive en avril 1896 ; la malade n° 1 opérée, le 2 août 1894, est sans récidive en mai 1895. Enfin, fait très intéressant, le nommé Chamoulaud, opéré, le 19 mai 1891, d'un cancer jugé inopérable par un de nos collègues, est encore en très bonne santé en juin 1896 et sans récidive après cinq ans.

Dans quatre observations nous pouvons noter les résultats fonctionnels éloignés.

Dans l'observation III, où l'opération de Kraske a été suivie de la section circulaire du rectum, j'ai constaté, après l'opération, la présence d'un croissant antérieur correspondant au diaphragme qu'occasionne la suture de Lembert. Ce diaphragme manquait en arrière parce que la réunion avait échoué partiellement ; il en était résulté une fistule qui guérit spontanément en quelques semaines.

J'attribue la rapidité et la facilité de la guérison à ce que je n'avais pas tenté la réunion immédiate ; j'avais, au contraire, bourré la plaie ; l'infection par la fistule intestinale a été réduite au minimum. Au contraire, si la peau avait été suturée, nous aurions eu une infection très grave qui aurait agrandi la fistule intestinale et aurait rendu la guérison spontanée impossible.

Dans l'observation I, l'ablation de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum explique l'incontinence des matières liquides ;

mais je note expressément que nous n'avons ici ni atrésie de l'anus, ni prolapsus. L'atrésie a été évitée par la suture de la muqueuse à la peau. J'attribue dans l'espèce l'absence de prolapsus à ce que j'ai fait subir au rectum une torsion d'un tour complet, comme l'a indiqué Gersuny. Cette pratique procure un rétrécissement appréciable au doigt, malheureusement le sphincter artificiel ainsi formé ne peut se contracter énergiquement sous l'influence de la volonté comme le sphincter normal.

Il faut donc retenir ce fait que la torsion de Gersuny paraît susceptible d'empêcher le prolapsus rectal.

Malheureusement, elle n'est pas toujours possible, car elle exige un intestin long et très mobile.

Dans l'observation VII, une résection ano-sacrée a été suivie d'un prolapsus rectal et vaginal ; dans l'observation VIII, d'un énorme prolapsus rectal — les complications sont très ennuyeuses pour les malades et il serait très important de les éviter. On le pourrait peut-être en utilisant la torsion de Gersuny, ou bien, lorsque celle-ci est impossible, en abandonnant le bout supérieur au fond de la plaie au lieu de le suturer à la peau. La cicatrisation provoquerait dans ces conditions une atrésie qu'il serait facile de faire disparaître ultérieurement par des débridements prudents.

Il va de soi que, lorsque la suture des deux bouts est possible dans de bonnes conditions, il sera formellement indiqué de l'exécuter.

Avant de terminer cette analyse de mes observations, je dois remarquer que les résultats que j'ai obtenus dans le traitement du cancer du rectum sont très encourageants. La mortalité assez restreinte, 20 0/0, tombe à zéro quand on examine les faits de près.

Les résultats éloignés sont aussi très satisfaisants, puisque nous comptons, sur 6 cas, une survie de deux ans avec santé parfaite chez un malade qui présente une récidive.

Notons encore trois cas sans récidive après deux ans, deux ans et cinq ans, soit 50 0/0 de guérisons prolongées.

Je crois donc qu'il faut en revenir des appréciations un peu poussées au noir de mon ami M. Morestin. Je crois que l'opération de Kraske faite avec soin est peu dangereuse et que le cancer du rectum est peut-être un de ceux qui récidivent le moins.

Pour ma part, j'ai observé des récidives beaucoup plus nombreuses dans les cancers des autres régions.

V. — *Technique opératoire de l'opération de Kraske.*

De l'anus iliaque préliminaire ou simultané. — J'estime que la

dérivation des matières par l'anus iliaque est souvent utile et parfois indispensable.

Elle est indispensable quand on ne peut dépasser le rétrécissement cancéreux et laver facilement le bout supérieur.

Elle est utile dans tous les cas pour éviter l'infection de la plaie par les matières et pour protéger la suture circulaire quand elle a été possible.

C'est qu'en effet nous n'avons pas de moyens d'empêcher les selles, et, malgré le régime lacté, malgré l'opium, nous ne sommes jamais certains qu'une débâcle inopinée ne viendra pas infecter la plaie.

L'anus iliaque peut être fait dans la même séance (anus simultané) ou quelque temps avant l'opération de Kraske (anus préliminaire).

L'anus iliaque simultané prolonge désavantageusement une opération grave et toujours trop longue. Je préfère, pour ma part, l'anus préliminaire fait deux jours d'avance à la cocaïne. De cette façon, on ne fatigue pas les malades comme avec le chloroforme.

L'anus iliaque étant peu éloigné de la plaie sacrée, celle-ci peut se trouver souillée par les matières provenant de l'anus artificiel. On éviterait cet inconvénient en faisant l'anus sur le colon transverse. C'est, du reste, ce que je compte faire à l'avenir.

Deux jours avant l'anus artificiel, on mettra le malade au régime lacté exclusif. Deux fois par jour, on lavera le bout supérieur du rectum à l'eau boriquée au moyen d'une sonde de Budin à double courant, introduite par l'anus jusqu'au-dessus du cancer.

Incision cutanée. — J'ai utilisé, dans la plupart de mes observations, l'incision linéaire de Kraske. Dans un cas, j'ai employé celle de Hégar en Y, mais je reprocherai à cette incision de fournir un lambeau à sommet pointu qui se sphacèle fréquemment et laisse le sacrum exposé.

Il serait préférable de faire une incision en U qui fournirait un lambeau s'appliquant par son poids sur la tranche du sacrum qu'elle protègerait contre les infections venues du dehors. Le bord inférieur du lambeau correspondrait au sommet du coccyx.

Sections osseuses. — L'ablation du coccyx me paraît indispensable ; il n'en est pas de même de la résection du sacrum. Il m'a semblé qu'en débridant de chaque côté sur les bords du sacrum, et en décollant à la rugine la face antérieure de cet os, on avait autant de place qu'avec la résection sacrée.

Cette résection n'est pas indifférente, car dans les plaies exposées à l'infection le sacrum peut se nécroser ; il peut aussi, par l'infection de son tissu spongieux riche en veines, injecter en masse les germes septiques dans le système sanguin de l'individu.

Quoi qu'il en soit, si on est obligé de réséquer le sacrum, on n'en enlèvera que le sommet extrême ou une moitié latérale, comme Kraske l'a recommandé.

Les résections temporaires, si à la mode dans les pays étrangers de Heineke Jeannel, Kocher, Lévy, Roux, Rehn et Rydygier, me paraissent fort peu recommandables ; elles n'ont aucun avantage et, en revanche, elles ont de grands inconvénients en exposant à la nécrose lorsque la plaie s'infecte.

Traitement des deux bouts. — Lorsque l'anus est pris avec le rectum, on n'a qu'à fixer le bout supérieur à la peau. Je recommande tout particulièrement d'employer la torsion de Gersuny pour éviter le prolapsus.

Quand la partie inférieure du rectum est intacte, on a deux bouts à sa disposition. Comment convient-il de les traiter ? Faut-il faire la suture circulaire complète ou incomplète, ou suturer le bout supérieur à la peau en anus contre nature, ou bien introduire le bout dans le bout inférieur et le suturer à la peau de la région anale ?

L'idéal est sans contredit de faire la suture circulaire complète et hermétique.

Elle a donné un beau résultat à M. Pozzi et à moi-même, malgré une fistulette guérie spontanément et rapidement.

D'autres auteurs ont eu des déboires d'où sont nées les autres manières que nous avons énumérées. Les échecs de la suture circulaire me paraissent dus ou bien à ce que la suture intestinale a été mal faite, ou bien à ce que les deux bouts étaient trop courts, ou privés de leur mésentère.

La suture circulaire partielle me paraît mauvaise, car elle ne permet guère le rétablissement ultérieur de la continuité du rectum. Mieux vaut fixer d'emblée le bout supérieur à la peau, comme nous allons le dire.

Le bouton de Murphy est souvent contre-indiqué dans l'espèce, à cause de l'épaisseur des parois rectales.

Quand les bouts ne peuvent être réunis dans de bonnes conditions, il convient de les suturer à la peau en faisant la torsion de Gersuny sur le bout supérieur.

Si le bout supérieur est trop court pour permettre la torsion, on l'abandonnera dans la plaie sans le suturer à la peau, pour éviter

les chances de prolapsus. Cette manière de faire expose, il est vrai, à l'atrésie, mais il est facile de remédier à cet inconvénient par des débridements prudents.

Si le bout supérieur est très élevé et intra-péritonéal, il est préférable de fermer ce bout en cul-de-sac et d'établir un anus iliaque ou transverse définitif.

Le procédé d'Hochenegg, qui invagine le bout supérieur dans l'inférieur sans enlever la muqueuse, est essentiellement défectueux; j'en ai eu la preuve dans une observation que je vous ai présentée en 1894 et dans laquelle j'avais réséqué un prolapsus du rectum et suturé le bout supérieur à la peau de l'anus.

Au bout de quelques jours, le bout supérieur ayant coupé ses sutures commença à remonter, il atteignit l'extrémité supérieure du bout inférieur, puis remonta encore ; puis, la cicatrisation s'effectuant, il se fit une oblitération complète entre les deux bouts ; je dus faire un anus sacré avec torsion à la Gersuny qui me donna un excellent résultat.

Moulonguet conseille d'enlever la muqueuse du bout inférieur pour que le bout supérieur se soude *in situ*, mais cette manœuvre est longue, délicate et prolonge une opération déjà trop longue.

D'ailleurs, pour procéder à la façon d'Hochenegg, il faut avoir des bouts très longs, et dans ce cas la suture circulaire est toujours possible et c'est elle qu'il faudra exécuter.

Hémostase. — Dans mon observation VI, j'ai constaté qu'après l'ablation des pinces les tissus ne saignaient pas. Depuis lors dans mes 4 autres cas, j'ai fait les mêmes remarques et je n'ai pas eu à faire d'hémostase.

Suture de la plaie. — La suture hermétique de la peau est extrêmement dangereuse, car les grandes plaies anfractueuses sont très exposées à l'infection pendant l'opération d'abord, par l'ouverture de l'intestin, et ensuite après l'opération par les souillures urinaires, vulvaires et fécales.

La suture avec drainage n'est qu'une demi-mesure et je crois formellement indiqué de laisser la plaie largement ouverte et de la bourrer. En adoptant le trait que j'ai indiqué (incision en U), on suturerait les bords du lambeau et on laisserait le reste béant.

On évitera de bourrer avec une grande quantité de gaze iodoformée qui pourrait intoxiquer les malades.

Je conseille plutôt la gaze aseptique contacturée imbibée d'eau phéniquée faible et exprimée.

VI. — *Indications opératoires d'après le siège du cancer.*

Nous distinguerons les cas suivants :

1° Cancers de la cloison recto-vaginale ; 2° cancers inférieurs ; 3° cancers de la région moyenne ; 4° cancers élevés ; 5° cancers recto-coliques.

1° *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Ces cancers nécessitent une incision encadrant l'anus en arrière, empiétant sur la vulve et sur la paroi vaginale postérieure. Pour éviter le prolapsus rectal fatal, on établira un anus iliaque définitif et on fermera en cul-de-sac l'orifice rectal ouvert au périnée.

2° *Cancers inférieurs.* — Ils sont limités ou étendus.

Les cancers limités s'enlèvent facilement par une incision circulaire autour de l'anus, on décolle le rectum assez haut ; au besoin, on ajoute à l'incision circulaire l'incision linéaire de Denonvilliers et la résection du coccyx de Verneuil et Terrier ; on résèque les parties malades et on suture à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Je dois une mention spéciale au procédé d'Hartmann applicable aux petits cancers annulaires facilement accessibles.

Cet auteur saisit le point rétréci avec une pince érigne comme s'il s'agissait d'un utérus cancéreux. Il incise circulairement en tissus sains, il décolle le bout supérieur, résèque le cancer et suture les deux bouts par les voies naturelles. Ce procédé est très satisfaisant et il m'a paru d'exécution facile.

Les cancers inférieurs, remontant très haut, seront traités par l'incision circulaire péri-anale qu'on raccordera à l'incision sacrée.

3° *Cancers de la région moyenne.* — Deux voies sont en présence : la voie sacrée, à laquelle je donne la préférence, et la voie vaginale, préconisée par Campenon et Rehn.

Je ferai les reproches suivants à la méthode vaginale :

Après avoir réséqué le rectum et fait la suture circulaire de l'intestin, on suture l'incision vaginale, ou bien on la laisse largement ouverte.

Dans le premier cas on s'expose à des accidents graves si la suture intestinale cède ou si la plaie a été infectée d'une autre façon.

D'autre part, si on ne suture pas le vagin, on verra survenir presque fatalement une fistule recto-vaginale, un prolapsus recto-vulvaire, et souvent une atrésie considérable du bout supérieur.

4° *Cancers élevés.* — J'appelle cancers élevés ceux dont on n'atteint qu'à peine l'extrémité inférieure avec le bout du doigt.

Quelques-uns de ces cancers peuvent être enlevés par la voie sacrée, mais d'autres remontent trop haut pour être justiciables de cette voie. Par contre, tous ces cancers élevés peuvent être facilement enlevés par la voie abdominale. C'est donc, dans l'espèce, le procédé de choix.

On fera au préalable l'anus artificiel préliminaire sur le côlon transverse, afin de n'être pas gêné pour l'opération ultérieure ; on fera ensuite la laparotomie médiane sous-ombilicale dans la position de Trendelenburg. Après résection de la tumeur, les deux bouts seront suturés circulairement si la chose est possible et facile ; dans le cas contraire, on les fermera tous deux en cul-de-sac et l'anus transverse restera définitif.

5° *Cancers recto-coliques.* — Ces cancers qui, descendant très bas, remontent très haut sont seuls justiciables des voies abdomino-périnéales préconisées par Gaudier, Chalot et Quénu. Tandis que les premiers commencent l'opération par l'abdomen, M. Quénu la commence par la région sacrée.

Pour ma part, je préférerais commencer par l'abdomen, parce que, en commençant par la voie sacrée, on n'est pas sûr de garder ses mains aseptiques, et qu'on risque d'inonder ultérieurement le péritoine.

Voici la marche que je conseillerais :

Faire d'abord l'anus préliminaire sur le côlon transverse ;

Deux jours après, laparotomie médiane sous-ombilicale en position inclinée ; sectionner l'S iliaque au-dessus de la tumeur, fermer le bout supérieur en cul-de-sac, oblitérer le bout inférieur par une ligature fortement serrée ;

Sectionner le méso-rectum le plus bas possible et le lier ;

Fermer l'abdomen ;

Faire l'incision sacrée et enlever toute la tumeur par cette voie ;

Bourrer la plaie sacrée à la gaze aseptique.

Résumé et conclusions.

Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par broncho-pneumonie par Ether, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, je compte 2 récidives assez rapides ; 1 malade opéré depuis deux ans présente une récidive avec santé parfaite et pas de troubles fonctionnels ; et 3 cas (50 0/0) sont sans récidive depuis 2, 2 et 5 ans.

Dans deux cas, il n'y a pas eu de prolapsus ; dans l'un, j'avais fait la suture circulaire, dans l'autre, j'avais tordu le bout supérieur à

la Gersuny. Dans 2 autres cas où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et d'après mon expérience le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

Technique opératoire. — Je conseille de faire deux jours d'avance l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en Y.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum, autant que possible suturer circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

Résumé des indications.

Cancers de la cloison recto-vaginale. — Les enlever par une incision périnéale ;

Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac ;

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — *a*) *Limités.* Incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier).

Suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable ; — *b*) *Étendus.* Combiner l'incision péri-anale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

Obs. I. — *Carcinome ano-rectal. Extirpation par la voie ano-périnéale Torsion du bout supérieure à la Gersuny. Guérison sans récidive depuis deux ans; pas de prolapsus ni d'atrésie rectale.*

Marie S..., 67 ans, pensionnaire à la Salpêtrière.

Depuis quatre ou cinq mois, elle éprouve des douleurs en allant à la

selle. Il y a deux mois, elle constate sur le bord gauche de l'anus la présence d'une tumeur arrondie, du volume d'une noisette, dure, douloureuse, surtout au moment de la défécation. Depuis une quinzaine de jours elle a constaté du sang dans ses selles.

A l'inspection, on constate sur le côté gauche de l'anus une tumeur allongée d'avant en arrière, aplatie transversalement, divisée en plusieurs lobes. Cette tumeur est dure, ligneuse, sessile et peu mobile.

Au toucher rectal, on constate que la tumeur se prolonge dans le rectum sur une hauteur de 3 centimètres, elle envahit la paroi gauche et postérieure, la paroi antérieure est intacte. Il s'écoule, par l'anus, un liquide sanguinolent, sanieux et fétide.

Les poumons et le cœur sont sains, urines normales. La malade est presque totalement aveugle (amaurose) depuis son enfance.

Opération le 2 août 1894. — La malade a été purgée le 30 juillet; depuis lors, elle est au régime lacté. Elle prend deux lavements boriqués par jour. Anesthésie à l'éther.

Incision circulaire péri-anale; isolement du rectum sur une hauteur de 5 centimètres. Le rectum est sectionné au-dessus de la tumeur; le bout supérieur est abaissé, tordu à la Gersuny d'un tour complet, puis suturé à la peau dans cette position.

L'orifice anal étant encore trop large, j'enlève la muqueuse rectale en arrière et je rétrécis l'orifice par trois sutures aux crins.

Régime. — 10 centigrammes d'opium. Régime lacté. Pas de mèche dans le rectum. Pansement iodoformé à l'anus. Guérison rapide.

J'ai revu la malade en mai 1896, l'état général est excellent. Pas de prolapsus rectal, pas d'atrésie anale. La malade présente de l'incontinence pour les matières liquides.

Obs. II. — *Cancer ano-rectal étendu au vagin. Ablation complète. Mort deux ans après de récidive probable.*

Mme V..., 59 ans. Rien à noter dans les antécédents.

Il y a quatre ans, en 1890, elle a constaté la présence, à la région anale, d'une tumeur du volume d'un haricot, douloureuse surtout dans la défécation.

Il y a dix-huit mois, elle a eu des selles sanglantes, abondantes, avec douleurs intolérables pendant la défécation.

Elle est toujours constipée, elle se plaint actuellement de douleurs continuelles de la région anale. Depuis quinze jours, il s'écoule par l'anus une sérosité sanguinolente, sanieuse et fétide.

Examen local. — On voit à la région anale, en arrière et à gauche, une tumeur volumineuse, rouge, lobulée, friable.

Au toucher rectal, la tumeur occupe surtout les parois antérieure et gauche; elle est très volumineuse et rétrécit considérablement le calibre de l'organe; elle est lobulée, saignante, friable; elle a infiltré profondément la cloison recto-vaginale. On atteint facilement avec le doigt ses limites supérieures.

Au toucher vaginal, la muqueuse paraît saine à la surface d'une grosse tumeur sous-jacente occupant la moitié inférieure de la paroi vaginale postérieure.

Les ganglions inguinaux sont sains.

État général bon. Rien au cœur, aux poumons, ni dans les urines.

Opération le 13 avril 1894. — Je fais autour de la tumeur une incision qui la cerne complètement et qui respecte la paroi postérieure du rectum.

Après l'ablation de cette masse qui comprend la cloison recto-vaginale, il reste un vaste cloaque vagino-rectal.

Je reconstitue le périnée par les sutures au fil d'argent et aux crins.

Pansement iodoformé.

Régime lacté et opiacé.

Ultérieurement, les sutures trop tendues coupent les tissus et le cloaque se reforme. La malade guérit.

Elle est morte en mars 1896 des suites de son opération, écrit son mari. La récidive est probable, mais non certaine.

Obs. III. — *Cancer du rectum. Opération de Kraske. Suture circulaire à deux étages. Petite fistule stercorale guérie spontanément. Récidive avec santé excellente et fonctions parfaites.*

M. S..., âgé de 50 ans. Rien à noter dans les antécédents.

Il y a huit mois, le malade a commencé à éprouver des difficultés en allant à la selle.

A différentes reprises il présente de la diarrhée avec fièvre et constate du sang dans ses selles. Il éprouve aussi des sensations de brûlure à l'anus.

Puis il s'aperçoit que la canule de l'irrigateur n'entre plus que difficilement, les douleurs augmentent d'intensité, il éprouve à toutes les heures le besoin de déféquer, il perd son sang au moment des selles et souvent dans leur intervalle. Puis de petites tumeurs apparaissent à la région anale et plusieurs médecins consultés diagnostiquent hémorrhoïdes.

Le Dr Damalix reconnaît un carcinome et envoie le malade à la Salpêtrière.

Au *toucher rectal* on trouve, à 4 centimètres de l'anus, une masse bosselée, irrégulière, volumineuse, rétrécissant considérablement l'orifice rectal. On ne peut avec le doigt atteindre l'extrémité supérieure de la tumeur. La tumeur est comme invaginée dans le rectum, elle est mobile en battant de cloche ; pas d'adhérences aux parois pelviennes.

L'état général est assez satisfaisant, quoique le malade ait maigri de 6 à 7 kilogrammes. Rien au cœur, poumons, ni dans les urines.

Opération le 25 juillet 1894. — Incision sacrée médiane ; résection du coccyx et de la pointe du sacrum.

Section du rectum, d'abord au-dessous, puis au-dessus de la tumeur. Hémorrhagies abondantes d'artères situées dans le tissu graisseux qui double le rectum.

L'épaisseur de cette couche graisseuse rend impossible l'application du bouton de Murphy.

Je fais la suture circulaire du rectum à deux étages (muco-muqeux et musculo-musculeux).

Suture partielle de la peau. La plus grande partie de la plaie est laissée ouverte et bourée au diiodoforme.

La masse enlevée mesure 10 centimètres de haut. La résection a été faite en haut, juste sur les limites de la tumeur.

Au bout de quelques jours, il se fait une petite fistule stercorale en arrière; elle guérit spontanément en quelques semaines. Au moment de sa sortie, le malade présente sur la paroi intérieure du rectum une bride en forme de croissant, ne rétrécissant que fort peu l'intestin.

J'ai revu ce malade le 23 avril 1896. L'état général est excellent; le malade va à la selle tous les jours; le bol fécal est du volume du pouce et un peu aplati.

Au toucher, on ne constate plus la bride en croissant, mais il existe un empâtement diffus au niveau de la prostate. A droite, dans la fosse ischio-rectale, je trouve une tumeur du volume d'une demi-mandarine collée aux parois pelviennes et formée probablement par du tissu épithélial.

Obs. IV. — *Cancer élevé du rectum. Anus iliaque simultané. Opération de Kraske. Mort de pneumonie par éther.*

M. E..., 50 ans. L'affection a commencé il y a un an par une diarrhée qui, depuis lors, n'a pour ainsi dire pas cessé. Depuis quatre mois, le malade rend de temps à autres du sang dans ses selles.

Au toucher rectal, je trouve une tumeur d'apparence cancéreuse, élevée, facilement accessible au doigt; cette tumeur paraît adhérente au sacrum.

On n'atteint pas avec le doigt la limite supérieure de la tumeur.

Le malade est emphysémateux et tousse très fréquemment.

Le 27 août 1894, je fais d'abord un anus iliaque avec section complète de l'intestin, oblitération du bout inférieur et suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny. Dans la même séance, je fais l'opération de Kraske avec section transversale du sacrum, au-dessous du 3e trou sacré. Je résèque la tumeur qui mesure 10 centimètres de haut, sans ouvrir le péritoine. Le bout supérieur trop court, est abandonné dans la plaie, le bout inférieur est suturé à la peau.

Bourrage de la plaie à la gaze iodoformée.

Dès le lendemain de l'opération, le malade est pris d'une dyspnée très intense avec expectoration abondantes et râles sibilants et sifflants dans toute la poitrine.

Il meurt au bout de quarante-huit heures.

J'attribue cette pneumonie très intense avec dyspnée à l'éthérisation. Il s'agissait, d'ailleurs, d'un malade âgé et sujet aux inflammations broncho-pulmonaires.

Obs. V. — *Enorme cancer ano-rectal. Anus iliaque préliminaire par le procédé de la forcipressure. Déchirure de l'uretère, mort.* (Observation publiée dans la thèse de Morestin, 1894.)

Benjamin G..., 39 ans, entre le 30 juin 1891, salle Blandin, lit 19, à Saint-Antoine.

L'attention du malade a été attirée du côté de son rectum, dans le courant du mois de mai, par la difficulté d'aller à la selle. Traité d'abord pour la constipation, qui fut bientôt attribuée à une hypertrophie de la prostate. Sangsues au périnée.

A son entrée, le malade est amaigri, sans appétit et d'ailleurs tourmenté par la crainte d'augmenter, en mangeant, les matières fécales. Les selles spontanées sont complètement supprimées. Selles peu copieuses sous l'influence des purgatifs.

Entre les selles, des matières glaireuses font quelquefois issue, malgré le malade. Quelquefois, un peu de sang, douleurs irradiées dans les cuisses et la marge de l'anus.

Le malade urine facilement et sans douleur. Le traitement spécifique est essayé sans résultat.

Le 4 avril, anus iliaque avec pinces.

Le 5, ouverture de l'anse au thermo cautère.

Le 6, agrandissement aux ciseaux, extraction de scybales. Ecoulement abondant de matières.

Le 7, un verre d'eau de Sedlitz, lavage du rectum par le bout inférieur de l'anus.

Le 8, demi-verre d'eau de Sedlitz, lavage au permanganate.

Le 9, lavages à l'eau boriquée. Kraske. Résection du sacrum jusques et y compris le troisième trou sacré. Décollement de la masse cancéreuse énorme. Arrachement avec la tumeur d'une portion du bas-fond vésical dégénéré. Arrachement de l'uretère droit.

Résection de 12 centimètres du cancer avec l'anus.

Suture du bout supérieur dans la plaie.

Drainage à la gaze des culs-de-sac et de la région vésicale.

Mort au bout de quarante-huit heures.

Obs. VI. — *Cancer ano-rectal. Résection ano-sacrée. Guérison immédiate. Mort trois mois après de généralisation.* (Observation publiée dans la thèse de Morestin, 1894.)

Marie P..., 34 ans, entrée le 29 mai 1891, salle Lallemand, n° 23, la Salpêtrière.

Antecédents héréditaires. — Insignifiants au point de vue du cancer.

Antécédents personnels. — Rien.

Il y a cinq mois et demi, douleurs vers le coccyx et l'anus plus intenses la nuit, Calmées par la défécation. Elles ont toujours persisté. Il y a six semaines, défécation avec des difficultés, enfin depuis quelques jours, pertes de petites gouttes de sang et de glaires.

Difficulté de la miction ; une fois, la malade a eu de la rétention d'urine, pendant toute une journée. De chaque côté, ganglions inguinaux, petits et mobiles, légèrement douloureux.

Cancer du rectum, anfractueux et friable. La tumeur commence à 1 cent. 1/2 de l'anus, se prolonge en hauteur et occupe toute la circonférence de l'intestin. A la partie supérieure, intestin très rétréci, admet à peine le bout de l'index.

Purgatifs, Sedlitz le 6 juin, lavages boriqués, bouillon le 6 et le 7. Diète absolue à partir de 5 heures du soir.

8 juin. Incision verticale de 15 centimètres. Extirpation du coccyx et d'une petite portion du sacrum. Isolement du rectum et aussi du vagin et de l'utérus.

Pincement des pédicules latéraux du rectum avec de grandes pinces.

Décollement avec les doigts. Le péritoine à gauche et, par la fente, proéminent le fond de l'utérus et la trompe gauche. Section du rectum à 3 centimètres au-dessus de l'anus.

Le doigt dans le vagin le protège de temps en temps. Le bout supérieur est pincé avec une pince à crémaillère.

Suture du péritoine, trois points séparés. Suture du rectum à la peau. vers le tiers moyen de la plaie. La partie supérieure de celle-ci est rétrécie par un point de suture.

Tout est fortement bourré de gaze iodoformée. Bandage en T. Alèze en cravate fixée au lit, comprimant fortement le périnée.

10 centigrammes d'opium, diète. Guérison opératoire. Mort trois mois après de généralisation.

Cancer dans le maxillaire et le péritoine.

Obs. VII. — *Cancer ano-rectal. Opération de Kraske. Guérison sans récidive après deux ans.*

Marie-Jeanne D..., 44 ans, entre salle Lisfranc, à Saint-Antoine, avec le diagnostic d'hémorrhoïdes procidentes étranglées.

Il y a deux mois et demi, la malade éprouve une sensation de froid dans le fondement ; surviennent ensuite des envies fréquentes d'aller à la selle. Les matières conservent leur consistance habituelle, mais sont striées de sang. La malade dépérit, elle a de l'inappétence ; apparition de flueurs blanches.

Depuis trois semaines la malade rend avec ses matières du sang et des eaux rousses. Les douleurs sont intenses, comparables à une brûlure, et continues.

Il y a quinze jours, pendant un effort de défécation, une tumeur a fait issue par l'anus, en même temps que s'écoulait une grande quantité de sang.

A l'inspection de l'anus, on constate une petite tumeur du volume d'une noisette, végétante, dure, saignant facilement, d'aspect cancéreux en un mot.

Pas d'hémorrhoïdes.

Au toucher rectal, on constate une tumeur bosselée, volumineuse, partant de l'anus, remontant jusqu'à 6 ou 7 centimètres dans le rectum et siégeant surtout sur sa paroi antérieure.

La tumeur est mobile sur les parties voisines. La paroi vaginale est intacte.

Pas de ganglions inguinaux ni pelviens appréciables.

Opération le 10 août 1894. Incision sacrée médiane, prolongée jusqu'à l'incision circulaire périanale. Libération du rectum, résection de 10 centimètres de cet organe.

Le bout supérieur est fixé à la plaie sacrée, mais on ne peut faire la torsion de Gersuny à cause de sa brièveté.

Bourrage iodoformé de la cavité opératoire. Changement de pansement tous les jours. La malade sort guérie au bout de deux mois.

Je l'ai revue le 28 avril 1896. Il n'y a pas de récidive, mais il existe un volumineux prolapsus rectal et vaginal.

L'état général est bon, mais la malade présente des troubles mentaux avec mélancolie.

Obs. VIII. — *Cancer ano-rectal. Opération de Kraske. Guérison sans récidive depuis cinq ans. Enorme prolapsus rectal.* (Observation publiée dans la thèse de Morestin, 1894.)

Antoine Ch..., 59 ans. Pas d'antécédents importants à noter.

En décembre 1890, le malade a commencé à éprouver des douleurs pendant la défécation. Il a eu depuis lors des alternatives de diarrhée et de constipation et des selles glaireuses et sanguinolentes.

Les douleurs de la défécation sont devenues comparables à une brûlure.

A l'inspection, l'anus ne présente rien d'anormal.

Au toucher, on constate la présence de masses fongueuses, friables, saignantes, étendues depuis 1 centimètre au-dessus de l'anus jusqu'à la limite du doigt. La tumeur est énorme et rétrécit l'intestin. Un chirurgien des hôpitaux refuse de l'opérer.

Le 19 mai 1891, incision sacrée médiane de 15 centimètres de long, prolongée jusqu'en avant de l'anus qu'elle cerne.

Résection du coccyx et du sommet du sacrum.

L'isolement du rectum est assez difficile. Le rectum est coupé au-dessus de la tumeur, puis extirpé de haut en bas avec l'anus.

Le bout supérieur est suturé à la peau de la partie moyenne de la plaie. Le reste de la plaie est bourré à l'iodoforme.

Guérison rapide.

J'ai revu ce malade en avril 1896 à Bicêtre, où il est pensionnaire. Sa santé est parfaite, il n'a pas trace de récidive, mais il existe un énorme prolapsus rectal qu'il porte dans un sac de caoutchouc. Il ne souffre pas de cette infirmité et refuse toute opération ayant pour but de la supprimer.

Obs. IX. — *Carcinôme de l'S iliaque. Résection. Anus contre nature. Guérison. Fermeture de l'anus contre nature par excision losangique. Sutures tiraillées insuffisantes. Mort.* (Observation publiée en 1894 à la Société de chirurgie, dans un travail sur le traitement des anus contre nature.)

Laure P..., âgée de 26 ans, a eu à 16 ans un érysipèle de la face.

A 21 ans, elle a accouché normalement, les suites de couches ont été simples.

Depuis six ans, elle accuse des douleurs au moment des règles, siégeant dans le bas-ventre.

Ces douleurs s'accompagnent de besoins fréquents d'aller à la selle. La malade a aussi, depuis cette époque, des pertes blanches plus abondantes.

Depuis un an et demi les douleurs sont devenues beaucoup plus vives, avec irradiations dans les reins, les cuisses et les fosses iliaques, surtout pendant la période menstruelle.

Les règles durent trois jours seulement et sont peu abondantes. L'appétit est diminué, la malade présente des signes de dyspepsie flatulente. Elle a fréquemment de la diarrhée. Rien aux poumons ni au cœur, pas d'amaigrissement, pas d'albuminurie. L'examen physique montre un utérus de volume normal, en situation normale, antéfléchi, mobile.

On trouve dans les culs-de-sac vaginaux, à gauche, une masse salpingienne, du volume d'un œuf de poule, se continuant avec un empâtement considérable de la fosse iliaque; à droite, tumeur moins volumineuse. On pose le diagnostic de salpingite.

Opération le 30 juillet 1891. — Laparotomie médiane. A droite et à gauche, les ovaires sont petits et les trompes sinueuses violacées, reliées par des adhérences à l'ovaire et aux organes voisins. Salpingectomie double.

On trouve sur l'S iliaque une tumeur énorme du volume d'un œuf d'oie, constituée par un cancer de cet organe. Le gros intestin est coupé entre 2 pinces, au-dessus et au-dessous de la tumeur. L'opération est pénible à cause des masses graisseuses volumineuses qui recouvrent l'intestin et qui saignent considérablement.

Après ablation de la tumeur, on s'aperçoit que les deux bouts ne peuvent qu'avec peine être amenés en contact; leur muqueuse a pris sous l'influence de la compression par les pinces une teinte apoplectique.

Pour toutes ces raisons, je renonce à la suture intestinale, et j'établis un anus contre nature en fixant les deux bouts à la peau.

Examen. — Les trompes enlevées présentent des lésions de salpingite catarrhale : les franges du pavillon sont hypertrophiées, l'orifice abdominal est perméable.

La tumeur intestinale est constituée par un cancer végétant qui a rétréci médiocrement l'intestin, elle pèse 180 grammes.

La malade guérit de cette intervention.

Le 14 septembre 1891, je fais une application de pince entérotome sur un éperon très épais; les mors de l'instrument chevauchent et il tombe le 16 septembre.

Le 21, la malade étant anesthésiée, je fais aux ciseaux la section de l'éperon sans ouvrir le péritoine, la brèche de l'éperon est tamponnée à la gaze iodoformée.

Les selles ne se rétablissent pas par l'anus vrai.

Le 21 octobre, laparotomie. Incision verticale au-dessus et au dessous de l'anus contre nature.

Isolement de l'intestin adhérent à la paroi. A gauche de l'orifice anormal, on rencontre un cloaque purulent contenant environ 30 grammes de pus; évacuation et désinfection du cloaque au sublimé et à la teinture d'iode.

Je résèque les bords friables de l'orifice intestinal, puis je place un étage de sutures séro-séreuses pour fermer cet orifice, mais les sutures produisent un rétrécissement notable.

Je fais en avant une fente verticale, j'excise les sommets des lambeaux et je suture les bords contigus du losange (excision losangique).

Les sutures sont tellement tendues que je ne puis en placer un second étage.

Drainage du cloaque à la gaze iodoformée. Suture partielle de la paroi abdominale. La malade mourut le 24 octobre, on trouva à l'autopsie une péritonite aiguë par sutures insuffisantes.

Obs. X. — *Cancer de l'S iliaque. Ablation par le vagin, établissement d'un anus vaginal. Plus tard, anus iliaque et incision sacrée exploratrice. Mort de diarrhée cholériforme.*

Mme B..., âgée de 36 ans, a eu neuf enfants. A la suite de son dernier accouchement elle a présenté des phénomènes douloureux; avec métrorrhagie et péritonisme. En juillet 1895, M. Bazy lui fait l'hystérectomie vaginale.

Malgré cette opération, les douleurs persistent; il y a trois semaines, elles augmentent de violence, la température s'élève et on constate au toucher la présence dans le cul-de-sac vaginal postérieur d'une énorme tumeur remplissant tout le douglas et ressemblant à une salpingite volumineuse enflammée.

Le 16 mars 1896, incision transversale au fond du vagin, j'arrive sur une grosse tumeur siégeant à gauche. Je la saisis avec des pinces érignes et je l'attire dans le vagin.

Je constate alors qu'il s'agit de l'S iliaque cancéreux. Je résèque un segment d'intestin de 15 centimètres comprenant la tumeur.

Les deux bouts étant trop courts pour que la suture circulaire soit facile à exécuter, je les maintiens à la vulve avec des pinces hémostatiques saisissant les orifices intestinaux.

Le 28 mars, j'exécute l'anus iliaque en un temps. Je fais ensuite une incision sacrée en Y et j'enlève le coccyx seul. J'isole les deux bouts avec l'intention de les suturer circulairement, mais ils sont

courts et épais, ce qui rend l'opération très aléatoire. Je lie les deux bouts à la gaze iodoformée, je bourre la plaie et je fais sortir la mèche par le vagin; tandis qu'en arrière je ferme hermétiquement la plaie cutanée. Les jours suivants la plaie sacrée se désunit puis bourgeonne et se ferme.

Les matières continuent à passer par le vagin; le 28 avril j'introduis dans le bout supérieur inséré au vagin un crayon de chlorure de zinc; je recommence le 5 mai; les matières passent encore.

Le 10 mai j'introduis dans le bout supérieur un crayon de potasse caustique.

Le 18 mai, diarrhée cholériforme avec algidité; le 20 mai, deux selles sanglantes; le 21 mai mort.

A l'autopsie on trouve un cloaque pelvien où débouchent les deux bouts d'intestin et le vagin; ce cloaque est rempli de sang et de matières fécales.

En résumé la malade paraît avoir succombé à des accidents cholériformes assez fréquents d'ailleurs chez les malades atteints d'anus contre nature.

(Extrait de la *Société de chirurgie*, séance du 17 juin 1896.)

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 132.11.96.